

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Kätlin Padesaar

EMOTSIONAALSE ENESETUNDE, TÄHELEPANU, KONTROLLI JA IMPULSIIVSUSE
NING ISIKSUSE OMADUSTE ENESEKOHASED HINNANGUD DEPRESSIOONI
DIAGNOOSIGA PATSIENTIDEL

Seminaritöö

Juhendajad: Aavo Luuk, Kersti Luuk

Läbiv pealkiri: Enesekohased hinnangud depressiooni korral

Tartu 2013

KOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida, kas depressiooni diagnoosiga patsientidel on võrreldes tervetega erinevusi enesekohastes hinnangutes tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse suhtes. Uurimuses osalenud 51 depressiooni diagnoosiga patsiendi ja 51 terve inimese tulemusi kõrvutati paariti võrdlemise meetodil soo ja vanuse alusel. Gruppidevaheline analüüs viidi läbi ANOVA ja Mann-Whitney testiga. Tulemustest selgus, et patsiendid erinevad kontrollgrupist nii tähelepanu, kontrolli kui ka impulsiivsuse poolest. Patsiendid olid üldiselt neurootilisemad kui kontrollgrupp. Seevastu aga kontrollgrupis esines kõrgem Meelekindluse ja Ekstravertsuse tase nii meeste kui naiste seas. Käesoleva uurimusega leiti tõendeid, et depressiivsusega kaasnevad madalamad enesekohased hinnangud kontrolli ja tähelepanu ning kõrgemad impulsiivsuse suhtes. Depressiooni avaldumist võivad prognoosida ka kõrge neurootilisus, madal meelekindlus ja madal ekstravertsus, mis oli oodatavaks tulemuseks. Põhjapanevamate tulemuste jaoks on vajalik edasine uurimine.

SELF-EVALUATIONS OF EMOTIONAL STATE STATE, ATTENTION, CONTROL, IMPULSIVITY AND PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF DEPRESSION

ABSTRACT

The goal of the present study was to examine whether there are differences between patients with depression and healthy controls in self-report assessments of attention, control and impulsivity. 51 depressive patients and 51 healthy controls were compared pairwise by gender and age. ANOVA and Mann-Whitney test were used to compare the groups. The results reveal the differences in attention, control and impulsivity between the patients and healthy controls. Patients were more neurotic than healthy controls. However, healthy controls, both men and women, reached higher levels in Conscientiousness and Extraversion. The present study gave proof that depression is accompanied also by lower self-reported control and attention and higher impulsivity. Also, as expected, high Neuroticism, low Conscientiousness and low Extraversion may prognose the presence of depression. Further study is needed for more groundbreaking results.

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	2
SISUKORD.....	3
1. SISSEJUHATUS.....	4
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	5
3. MEETOD	10
3.1. Valim	10
3.2. Mõõtevahendid	11
3.2.1. <i>M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioon</i>	11
3.2.2. <i>Emotsionaalse enesetunde küsimustik</i>	11
3.2.3. <i>Enesekohased hinnangud tähelepanu, kontrolli ja tegevusstiili suhtes</i>	12
3.2.3.1. <i>Tähelepanu skaala</i>	12
3.2.3.2. <i>Kontrolli skaala</i>	12
3.2.3.3. <i>Impulsiivsuse küsimustik</i>	13
3.2.4. <i>EPIP-NEO</i>	14
3.3. Uurimuse käik.....	15
4. TULEMUSED.....	16
4.1. Uuringus osalenud patsiendid.....	16
4.2. EEK-2	16
4.3. Tähelepanu skaala.....	17
4.4. Kontrolli skaala.....	18
4.5. Impulsiivsuse küsimustik	19
4.6. EPIP-NEO	20
5. ARUTELU JA JÄRELDUSED	24
KIRJANDUSE LOETELU	28
TÄNUAVALDUS.....	33
LISA 1	34

1. SISSEJUHATUS

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni andmetel (WHO, 2012) on üheks levinumaks vaimse tervise häireks depressioon (WHO, 2012), mis toob kaasa probleeme sotsiaalses toimetulekus (Kovacs, Joormann, & Gotlib, 2008). Varasematest uurimustest selguvad ambivalentsed andmed selle kohta, kas depressioon toob endaga kaasa tähelepanu ja kontrolli languse ning kõrge impulsiivsuse. Teadaolevalt on depressioon seotud kõrge neurootilisusega (Goodwin & Gotlib, 2004), kuid teiste isiksuseomaduste suhtes on jällegi vastakad arvamused. Käesoleva seminaritöö ülesandeks oli teada saada, kas depressiooniga patsiendid erinevad oma enesekohaste hinnangute poolest tähelepanule, kontrollile ja impulsiivsusele tervetest. Lisaks uuriti, kuidas erinevad kahe grupi isiksuseomadused.

Käesolevas uurimuses täitsid patsiendid ja tervete kontrollgrupp enesekohaste hinnangute küsimustikud ning neid tulemusi võrreldi paariti sobitamise meetodil. Saamaks võimalikult adekvaatseid tulemusi depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohaste hinnangute kohta ja välistamaks psühhootilisi sümptomeid, viidi nendega läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu. Ühtlasi jäeti uuringust välja orgaaniliste sümptomitega patsiendid.

Autori panus käesoleva uurimistöö valmimisel oli Eetikakomiteelt loa taotlemine, M.I.N.I.5.0.0. intervjuude läbiviimine, osaliselt andmete kogumine, valdavalt andmete töötlus ja analüüs ning seminaritöö kirjutamine.

Uurimistöö raames püstitati järgmised hüpoteesid: (1) Depressiooni diagnoosiga patsientidel on tervetest erinevad hinnangud oma tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse suhtes. (2) Võrreldes tervetega, saavad depressiooni diagnoosiga patsiendid EEK-2 alaskaaladel kõrgemaid tulemusi. (3) Depressiivsed patsiendid erinevad tervetest isiksuseomaduste poolest.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Kliinilise psühholoogia seisukohalt on depressioon väga suure tähendusega vaimse tervise probleem, mis põhjustab inimestele kannatusi ja sotsiaalse funktsioneerimise langust (Kovacs *et al.*, 2008). Depressioon on maailmas väga levinud psüühiline haigusseisund, mille raskemaiks tüsistuseks on suitsiid. Teadaolevalt on maailmas enesetappe aastas ligi 1 miljon. Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO, 2012) andmetel kannatab ülemaailmselt depressiooni all rohkem kui 350 miljonit inimest erinevates vanusegruppides. Depressioon on tõsine psüühikahäire, mille kujunemine on seotud geneetiliste, isiksusest tulenevate ja keskkondlike faktoritega (Granö *et al.*, 2007).

Depressioon on klassifitseeritud kui kõrgendatud negatiivse afektiivsuse häire, mille üheks peamiseks sümptomiks on anhedoonia – vähenenud võime reageerida positiivsele stiimulile (Dunn, 2012). Veelgi enam, depressiooni kirjeldatakse kui emotsioonide düsregulatsiooni häiret ning on tõendatud, et kliinilises depressioonis inimesed kasutavad mittepaindlikke ja vähem adaptiivseid ning düsfunktsionaalseid emotsioonide reguleerimise strateegiaid kui depressioonis mitteolevad inimesed (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Depressioon võib koosineda väga mitmete teiste psüühikahäiretega, mis teeb haiguse veelgi raskemaks ja eluohtlikumaks. Sotsiaälärevus ja depressioon on kaks kõige tavalisemat psüühikahäiret, mis on väga komorbiidsed. Sotsiaälärevus esineb sageli koos depressiooniepisoodiga ja on veelgi sagedam raske depressiooni remissioonifaasis (Ohayon & Schatzberg, 2010). Kui sotsiaälärevusega kaasneb depressioon, siis mõjutab see sotsiaalselt ärevate patsientide tähelepanu negatiivselt (LeMoult & Joormann, 2012).

Depressiooni ja ärevuse komorbiidsus on tunduvalt tõsisem haigusseisund kui ärevus või depressioon üksi (Bitsika & Sharpley, 2012). Bitsika ja Sharpley (2012) leidsid oma uurimuses, et 32%-l tudengitest esines depressioon ja ärevus koos, mis oli 4 korda kõrgem levimus kui depressioonil või ärevusel üksi. Kliiniliselt diagnoositud ärevus ja depressioon esinevad sageli koos just hilisemas elus, mitte niivõrd esmasel haigestumisel. Nende kahe haigusseisundi koosinemisel kipuvad just vanemad täiskasvanud kannatama mõlema haiguse süveneva kroonilisuse käes (Almeida *et al.*, 2012).

Almeida *et al.* (2012) leidsid oma kaheaastase longituuduuringu tulemusena, et ärevus, depressioon ja ärevuse-depressiooni koosinemine on vanematel täiskasvanutel vastavalt 4,7%, 1,4% ja 1,8%-l vastanutest. Sealjuures 57% depressiooni juhtudest olid komorbiidsed ärevusega, kuid vaid 28% kliinilise ärevuse juhtudest olid komorbiidsed depressiooniga. Veelgi enam, leiti, et korduv ärevus on sagedasem naiste ning korduv depressioon meeste seas.

Depressiooniga võib kaasneda ka agorafobia-paanika, mis toob kaasa tunduvalt suurema ohu suitsidaalseks käitumiseks kui depressioon üksi (Brown, Gaudiano, & Miller., 2010; Davidson, Wingate, Grant, Judah, & Mills, 2011). Samuti on posttraumaatilise stresshäire (PTSD) ja depressiivsuse koosinemine seotud suurema riskiga suitsiidmõtete tekkeks, võrreldes depressiooni või PTSD üksiesinemisega (Cogle, Resnick, & Kilpatrick, 2009). Depressiivsus on väga tugevalt seotud suitsidaalsusega (Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard, & Hardy, 2003). Nimelt leidsid Handley *et al.* (2012), et neist uuritavatest, kes on kunagi depressiooni haigestunud, esinesid 59%-l suitsiidmõtted ja 66% varasematest enesetapukatsete tegijatest olid minevikus depressiooni põdenud.

Mitmetel depressiooni diagnoosiga patsientidel avalduvad insomnia sümptomid, mis võivad kaasneda haiguse esmakordse ilmnemisega, kuid võivad püsima jääda ka pärast adekvaatset ravi ning remissiooni ajal. Uurijad on aga tõstatanud küsimuse, kas insomnia peaks olema eraldiseisev kliiniline depressiooni ennustav sümptom või mitte. Uurimustest selgub aga, et depressioonis mitteolevatel, kuid insomnia all kannatavatel inimestel on kaks korda suurem risk depressiooni väljakujunemiseks kui inimestel, kellel puuduvad probleemid magamisega. Siiski, on välja toodud, et varajane insomnia ravi võib vähendada depressiooni haigestumise riski. Samas on öeldud, et insomnia on seotud meeleolu regulatsiooniga ning seetõttu ilmneb see koos paljude erinevate psüühikahäiretega (Baglioni *et al.*, 2011).

Raske depressiooni üheks ennustajaks on nii halb unekvaliteet kui ka depressiooni sümptomite raskusaste. Sealjuures tuleb tõdeda, et just halb unekvaliteet ja suitsiidmõtted on depressiooni sümptomite raskusastme üheks oluliseks määrajaks (Selvi *et al.*, 2010).

Depressioon mõjutab mingil määral ka patsientide tähelepanu. Nimelt on leitud, et patsientide enesekohaste hinnangute järgi on madala ärevusega seotud keskendumine ja vastupanu segavatele, tähelepanu kõrvalejuhtivatele asjaoludele ning suurem tähelepanu paindlikkus on seotud sellega, kui vähe depressiooni sümptomeid patsiendil esineb (Reinholt-Dunne, Mogg, & Bradley, 2013). Samuti on tõendeid, et ärevuse, depressiooni ja agressiivsusega on seotud madalam enese- ja tähelepanukontroll (Muris, Pennen, van der Sigmond & Mayer, 2008). Lantenbacher, Sernal, ja Krieg (2002) leidsid, et depressiivsete patsientide tähelepanu häiritus seisneb jagatud tähelepanu ülesannetes aeglasemalt reageerimises võrreldes kontrollgrupiga.

Depressiivsusega võivad olla seotud ka mitmed teised inimest iseloomustavad omadused, näiteks impulsiivsus, mis on aga maniakaalse käitumise peamisi ilminguid. Siiski, on leitud, et ka depressiivsed patsiendid on tunduvalt impulsiivsemad kui terved inimesed (Peluso *et al.*, 2007). Ühtlasi arvatakse, et impulsiivsematel inimestel on suurem tõenäosus depressiooni haigestuda kui vähem impulsiivsetel (Granö *et al.*, 2007).

Impulsiivsuse üheks omaduseks on elamustejanu. On leitud, et kõrge elamustejanu on positiivselt seotud depressiooni sümptomitega. Sealjuures on kõrge elamustejanuga inimestel ka suurem tõenäosus, et nad jõuavad suitsiidmõtetest katseni välja (Ortin, Lake, Kleinman, & Gould, 2012). Kõrge impulsiivsus ja agressiivsus on suitsidaalsuse olulised riskitegurid (Dumais *et al.*, 2005). Samas, Farmer *et al.* (2001) on leidnud elamustejanu ja depressiooni vahel negatiivse seose.

Corruble *et al.* (2003) kirjeldavad kolme tüüpi impulsiivsust: mitteplaneerimine, kognitiivne ja käitumuslik kontrollikaotus. Paljud enesetapukatsed on ette võetud raskes depressioonis ja üldjuhul on need seotud kontrolli kaotusega ja kognitiivse impulsiivsusega ning sealjuures pole suitsiidkatsed sõltuvad mitteplaneerimise tüüpi impulsiivsusest (Corruble *et al.*, 2003). Veelgi enam, inimesed, kelle enesetapukatse oli impulsiivne tegutsemine ja otsus, on vähem depressiivsed kui need, kelle enesetapukatse oli ettekavatsetud (Spokas, Wenzel, Brown, & Beck, 2011).

Kärsitus negatiivsete emotsioonide foonil (negatiivne kärsitus) on samuti impulsiivsuse osa ning seotud suitsidaalsusega, mis omakorda on seotud depressiooniga. Nimelt on leitud, et kõrge negatiivse kärsitusega inimesed, jõuavad suurema tõenäosusega suitsiidmõtteni võrreldes nendega, kellel see omadus on tunduvalt madalam (Anestis & Joiner, 2010). On arutletud, kas ja kuidas on isiksuseomadused seotud impulsiivsusega. Negatiivne kärsitus on inimese rutakas ja läbimõttlemata tegutsemine stressiolukorras ning arvatakse, et seda iseloomustab madal Meelekindlus ja Sotsiaalsus ning kõrge Neurootilisus. Settles *et al.* (2012) on aga leidnud, et kõrge Neurootilisus ja madal Meelekindlus ei ole statistiliselt olulised inimesel negatiivse kärsituse ilmnemiseks, küll aga ennustas kõrge Neurootilisus depressiooni ilmnemist.

Uuringutest selgub, et Suure Viisiku isiksuseomadused on väga tugevalt seotud depressiooniga, eriti Neurootilisus. On leitud, et depressiooni põdevatel naistel on kõrgem Neurootilisus, Ekstravertsus ja Meelekindlus kui depressioonis meestel. Kusjuures meessoost isikutel on jällegi kõrgem Avatus. Veelgi enam, just naiste puhul on Neurootilisusel kaasaaitav roll raske depressiooni tekkimisel (Goodwin & Gotlib, 2004). Kusjuures nii depressiooni kui ärevuse puhul peetakse Neurootilisust halva prognoosi ning Ekstravertsust soodsa prognoosi faktoriks (Spinhoven *et al.*, 2011). Ühtlasi on depressiooni kroonilisus samuti seotud isiksuseomadustega. Nimelt on leitud, et introvertsematel depressioonis patsientidel on suurem tõenäosus, et nende haigus muutub krooniliseks ning kõrgema Neurootilisusega inimestel on suurem tõenäosus, et neil arenevad just varases eas välja afektiivsed häired (Robinson, Shankman, & McFarland, 2009).

On leitud, et depressiooniga on seotud madal intensiivsus positiivsete emotsioonide tundmisel ja kõrge intensiivsus negatiivsete emotsioonide puhul. Sealjuures on Neurootilisus positiivselt seotud negatiivsete emotsioonide tunnetamisega ja ühtlasi on leitud, et Neurootilisus on seotud ka intensiivsemate positiivsete emotsioonidega (Lee & Guajardo, 2011; Karreman, Assen, & Bekker, 2013). Samas on leitud ka, et oluline pole niivõrd emotsiooni intensiivsus, vaid hoopis raskused oma tunnete identifitseerimisel (Lee & Guajardo, 2011).

Suure Viisiku üheks oluliseks tahuks on Sotsiaalsus. Uurimuste tulemused kinnitavad, et Sotsiaalsus on positiivselt seotud positiivsete emotsioonide intensiivsusega ja negatiivselt

seotud depressiooni sümptomitega, kusjuures negatiivsete emotsioonide intensiivsusega on seotud hoopis Avatus ja Meelekindlus. Avatus on negatiivsete emotsioonide intensiivsusega seotud negatiivselt ja Meelekindlus positiivselt (Karreman *et al.*, 2013).

Käesoleva uurimistöö raames on püstitatud uurimisküsimus: Kas tervetel ja depressiooni diagnoosiga patsientidel on erinevusi tähelepanu, kontrolli ja tegevusstiili enesekohastes hinnangutes? Ühtlasi püstitati järgmised hüpoteesid: (1) Depressiooni diagnoosiga patsientidel on tervetest erinevad hinnangud oma tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse suhtes. (2) Võrreldes tervetega, saavad depressiooni diagnoosiga patsiendid EEK-2 alaskaaladel kõrgemaid tulemusi. (3) Depressiivsed patsiendid erinevad tervetest isiksuseomaduste poolest.

3. MEETOD

3.1. Valim

Uurimus viidi läbi SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Psühhiaatriaosakonnas. Uuritavateks olid depressiooni diagnoosiga patsiendid. Patsientide olemasolu, diagnoosi, tahtest olenematu raviotsuse ja psühhootiliste sümptomite avaldumise kohta koguti informatsiooni psühhiaatriaosakonnas töötavate õdede ja psühhiaatrite käest.

Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid järgmised: a) psühhiaatri poolt välja pandud depressiooni diagnoos; b) viibimine psühhiaatriaosakonnas statsionaarsel ravil; c) vähemalt 18. aastat vanad. Uuringust välja jätmise kriteeriumid: a) psühhootilised spektri häired; b) tahtest olenematu raviotsus; c) orgaanilised psühhiaatrilised haigused.

Kõigil osalejatel paluti täita ka nende uurimuses osalemise nõusolekut kinnitav dokument. Ühtlasi oli taotletud Eetikakomitee luba uurimuse läbiviimiseks. Kokku pöörduti 107 depressiooni diagnoosiga patsiendi poole. Neist 84-ga (78,5%) viidi läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu. Uuringus ei soovinud osaleda 19 patsienti (17,76%) ning 4 patsienti (3,74%) jäi intervjuerimata, kuna patsiendid lahkusid haiglast oodatust varem. Intervjueeritud patsientidest kasutati 51 patsiendi (60,7%) uurimustulemusi. Intervjueeritud patsientidest 30 (35,7%) ei tagastanud küsimustikke, 1 (1,2%) jättis küsimustiku täitma nägemisprobleemi tõttu, 1 (1,2%) patsiendil esinesid M.I.N.I.5.0.0. kohaselt psühhootilised sümptomid ja 1 (1,2%) patsient ei saanud täita küsimustikku, kuna ei osanud piisavalt hästi eesti keelt.

Kontrollgrupp moodustati paariti sobitamise põhimõttel isikutest, kes polnud viimase aasta jooksul psühholoogilise või psühhiaatrilise abi järele pöördunud ja kes ei võtnud viimase aasta jooksul meeleolu korrigeerivaid ravimeid. Paariti sobitamise käigus võrdsustati kontrollgrupp patsientide grupiga sooliselt ja võimalikult lähedalt ka vanuseliselt. Järelkontrollil selgus, et mõlemad grupid osutusid hästi sobitatuteks ka haridustaseme poolest.

3.2. Mõõtevahendid

3.2.1. M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioon

Depressiooni ja kaasuvate psühhiaatriliste haiguste kindlakstegemiseks kasutati M.I.N.I.5.0.0. instrumenti, mis vastab psüühikahäirete rahvusvahelise klassifikatsiooni nõuetele (RHK-10 ja DSM-IV). M.I.N.I.5.0.0. on struktureeritud intervjuu, mis on lühem kui tüüpiline diagnostiline intervjuu, kuid tunduvalt laiaulatuslikum kui sõeltest. M.I.N.I.5.0.0. instrumenti on valitud 19 häiret, millest 17 on I telje häired (depressioon, düstüümia, mania, paanikahäire, agorafobia, sotsiaalfobia, lihtfoobia, obsessiiv-kompulsiivne häire, sõltuvus alkoholist, alkoholi kuritarvitamine, sõltuvus narkootikumidest, narkootikumide kuritarvitamine, psühhootiline häire, *anorexia nervosa*, buliimia, posttraumaatiline stresshäire, üldisunud ärevushäire). Lisaks neile on M.I.N.I.5.0.0.-s suitsidaalsuse moodul ja II telje antisotsiaalne isiksushäire (Sheehan *et al.*, 1998). M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioonis puudub lihtfoobia moodul.

3.2.2. Emotsionaalse enesetunde küsimustik

Patsiendid ise hindasid oma emotsionaalset seisundit Eestis välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikuga, EEK-2 (Ööpik, Aluoja, Kalda, & Maaroos, 2006), mille alaskaalad omavad adekvaatset seosmist kooskõla. On tõestatud, et EEK on sobiv instrument, hindamaks psühhopaatoloogilisi seisundeid nagu depressioon, üldine ärevus, kurnatus ja insomnia (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, & Leinsalu, 1999). EEK-2 on võrreldes EEK-iga mõnevõrra teistsugune. EEK-2 loodi 2002. aastal ja sealt on välja jäetud need EEK väited, mis ei sobinud ühtegi alaskaalasse. EEK-2 koosneb järgmistest alaskaaladest: Depressioon, Ärevus, Kurnatus, Insomnia ja Agorafobia-Paanika. Iga väite hindamiseks on 5-palline skaala alatest 0-st kuni 4-ni (0 – üldse mitte; 1 – harva; 2 – mõnikord; 3 – sageli; 4 – pidevalt). Väitestikus palutakse hinnata, kuivõrd on väites esitatud probleem vastajat häirinud viimase kuu aja jooksul. EEK-2 koosneb 28 väitest, millest 8 väidet kuuluvad Depressiooni alaskaalasse ja need hõlmavad depressiooni afektiivseid ja kognitiivseid sümptomeid. (Ööpik *et al.*, 2006).

3.2.3. Enesekohased hinnangud tähelepanu, kontrolli ja tegevusstiili suhtes

Tähelepanu, kontrolli ja tegevusstiili mõõdeti A. Luugi poolt loodud küsimustike abil, millele olid leitud esialgsed normid üldpopulatsioonis. Käesolevas seminaritöös kasutati kogu küsimustikekomplektist kolme skaalat: *tähelepanu*, *kontroll* ja *tegevusstiil (impulsiivsus)*.

3.2.3.1. Tähelepanu skaala

Tähelepanu skaala lähteallikaks on *The Attentional Control Scale (ACS)*, mille töötasid välja Derryberry ja Reed (Derryberry & Reed, 2002; Ólafsson *et al*, 2011; Verwoerd, de Jong, & Wessel, 2008). Lähteskaala mõõdab autorite selgitusel üldist tähelepanu kontrolli suutlikkust ja koosneb kolmest omavahel korreleeruvast alaskaalast. Esimene neist hindab tähelepanu keskendamise (fokusseerimise) võimet, teine tähelepanu ühelt ülesandelt teisele nihutamise (ümberlülitamise) võimet ja kolmas vaimse tegevuse paindliku kontrolli (tegevuste vaheldamise) võimet. Eestikeelse skaala struktuur kujunes lisaväidete kasutamisega originaaliga võrreldes oluliselt teistsuguseks, jagunedes (esialgsete nimetustega) tähelepanu sisetakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,740$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,777$), tähelepanu välistakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,706$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,792$) ning tähelepanu kontrolli alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,700$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,659$). Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

3.2.3.2. Kontrolli skaala

Kontrolli skaala jaguneb samuti (potentsiaalselt) kolmeks alaskaalaks ning väiteid hinnatakse eelmisega identsel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus). Potentsiaalselt võimalikku summaarse kontrolli skaalat seob tähelepanu võimaliku summaarse skaalaga eelpool kirjeldatud tähelepanu kontrolli alaskaala, mida põhimõtteliselt (ja otstarbekuse olemasolul) võiks integreerida kontrolli skaalasse ühena selle kolmest alaskaalast. Ülejäänud kaks kontrolli skaala alaskaaladest on esiteks välise kontrolli alaskaala (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,735$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,775$) ning teiseks

planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala (6 väidet, Cronbachi $\alpha=0,665$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,663$). Välise kontrolli alaskaala põhineb Rotteri kontrollikeskme (*Locus of Control*) ideestikul (Rotter, 1966). Selle teooria kohaselt jaguneb subjektiivse kontrolli kesse ehk lookus kaheks – sisemiseks ja väliseks. Kui domineerivaks on sisemine kontrollikese, on inimene kindel, et juhib ise oma elu ning kõik temaga juhtuv – nii hea kui halb – sõltub üksnes tema enese kavatsustest ja tegevusest. Selle vastandina on kontrolli välise lookusega inimene veendunud, et kõik tema saavutused ja ebaõnnestumised määratakse ära kas mõjukate teiste inimeste tegude, tahtmiste või juhuslikkuse ehk saatuse tujude poolt ja temast enesest ei sõltu seejuures peaaegu midagi. Antud töös kasutatavas küsimustikus kujunes selgelt välja Rotteri ideedele vastavalt välise kontrolli alaskaala, mis keskendub suutmatusele oma elu kontrollida ja kontrolli sõltuvusele isiklikust saatusest ja õnnelikest või õnnetutest juhistest. Küsimustiku lähtetoorikus sisaldunud muud väited koondusid teise alaskaalasse, mida selles sisalduvate väidete sisu alusel on kõige adekvaatsem nimetada planeerimise tüüpi kontrolli (planeerimine, aja arvestamine, distsiplineeritus, ettevaatlikkus ja eesmärkide nimel takistuste ületamine) alaskaalaks. Rotteri põhimõtetele vastav sisemise kontrolli alaskaala jäi välja kujunemata. Nii nagu tähelepanu skaala korral, on seni kontrolli alaskaalasid kasutatud üksteisest sõltumatult ja ka kontrolli võimaliku summaarse skaala kasutuselevõtu otstarbekus jääb ootama edasist asjakohast analüüsi.

3.2.3.3. Impulsiivsuse küsimustik

Impulsiivsuse alaküsimustikku kokku pannes on tuginetud *UPPS-P* adapteeritud versioonile, mis omakorda on täiendatud versioon esialgsele *UPPS Impulsive Behavior Scale* nimelisele küsimustikule (Whiteside & Lynam, 2001, Whiteside *et al*, 2005). *UPPS* tähendab lühendit impulsiivsuse küsimustiku alaskaaladest – kärsitus/ pakilisus (*urgency* – *U*), ettekavatsetus (*premeditation* – *P*), püsivus ehk perseveratsioon (*perseveration* – *P*) ja elamustejanu (*sensation-seeking* – *S*). Seda küsimustikuvarianti on hiljem täiendatud positiivse kärsituse (*positive urgency*) alaskaalaga (Cyders *et al*, 2007; Cyders & Smith, 2008), millest küsimustiku nime lühendile lisandus P täht. Impulsiivsuse küsimustik, mida küsimustike komplektis nimetatakse tegevusstiilide küsimustikuks, jaguneb kuueks alaskaalaks, mis kõik koosnevad neljast väitest: positiivse kärsituse (pakilisuse) alaskaala – kalduvus tegutseda intensiivse positiivse emotsionaalsuse foonil kiirustades ja läbimõtlematult, mis viib reeglina

negatiivsete tagajärgedeni (Cronbachi $\alpha=0,872$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,703$); ettekavatsetuse kui impulsiivsuse vastandi alaskaala – plaanipärane suutlikkus oma käitumise tagajärgi ette näha (Cronbachi $\alpha=0,869$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,684$); impulsiivsuse UPPS-R küsimustiku alusel loodud elamustejanu alaskaala – põnevusetunnete kogemine hirmutavalt riskantsete ettevõtmiste käigus (Cronbachi $\alpha=0,805$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,794$); eelmisele väga sarnane, kuid Roth'i tööst (Roth, Schumacher & Brähler, 2005; Roth, Hammelstein & Brähler, 2007; Roth, Hammelstein, & Brähler, 2009; Roth, 2009; Hammelstein & Roth, 2010) välja arendatud elamustejanu alaskaala, mis mõõdab põnevust uudsusest (Cronbachi $\alpha=0,725$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,715$), püsivuse kui impulsiivsuse vastandi alaskaala – võimekus ülesandeid korraga algusest lõpuni sooritada (Cronbachi $\alpha=0,852$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,579$) ning negatiivse kärsituse alaskaala – kalduvus tegutseda kannatamatult ja läbimõtlematult negatiivse emotsionaalsuse foonil kaalutletuse ja kiusatustele vastuseismise asemel (Cronbachi $\alpha=0,694$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,790$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

3.2.4. EPIP-NEO

EPIP-NEO on Eesti versioon IPIP-NEO-st. EPIP-NEO tõlgiti inglise keelsest originaalist IPIP-NEO-st René Mõttuse poolt, kes püüdis säilitada lihtsamat ja lühemat stiili. Mõttus, Pullmann ja Allik (2006) kõrvutasid omavahel EPIP-NEO ja NEO-PI-R, et hinnata, kuivõrd lühem ja keeleliselt lihtsam EPIP-NEO säilitab viiefaktorilise struktuuri ning milline on tema sisemine konsistentsus ja väline valiidsus võrreldes originaali NEO-PI-R-ga. Tulemustest selgus, et arvestades sisemist konsistentsust, on EPIP-NEO võrreldes originaali NEO-PI-R-ga vähemalt sama hea instrument, kui mitte parem. Veelgi enam, leiti, et lühemate väidetega skaaladel oli pigem kõrgem sisemine konsistentsus. Seetõttu, võib öelda, et lõplik 397 väiteline EPIP-NEO, mis on keeleliselt lihtsam loetavam, on potentsiaalselt perspektiivne isiksuseküsimustik, mida võib kasutada ka laiema ulatusega valimi jaoks (Mõttus *et al.*, 2006).

3.3. Uurimuse käik

Uurimuse käigus kontrolliti patsientide depressiooni diagnoosi M.I.N.I.5.0.0.0./Estonian version/DSM-IV mõõdikuga, et ühtlasi tuleks välja võimalikud kaasuvad psühhiaatrilised diagnoosid. M.I.N.I.5.0.0. intervjuus jäeti välja P-Blokk (Antisotsiaalne isiksushäire). Seejärel paluti depressiivsetel patsientidel täita Emotsionaalse Enesehinnangu küsimustik. Peale seda paluti depressiooniga patsientidel täita erinevaid küsimustikke, mis mõõdavad patsientide enesehinnanguid tähelepanu, kontrolli, tegevusstiili (impulsiivsuse), ärevuse ja eneseväärtustamise suhtes. Lisaks paluti täita isiksuseküsimustik EPIP-NEO. Patsientidel oli aega küsimustikku täita seni, kuni nad haiglas viibisid. Patsientidel ei olnud kohustust täita küsimustik samal päeval, mil viidi läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Seoses seminaritöö piiratud mahuga käsitleti selles küsimustike kolme skaala põhjal saadud andmeid: tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsust. Patsientidelt saadavaid andmeid võrreldi varem ja samaaegselt kogutud tervete inimeste valimist pärineva võrdlusgrupiga, mis oli soo ja vanuse osas tasakaalustatud patsientide valimi andmetega paariti sobitamise põhimõttel. Andmete analüüsiks kasutati programmi IBM SPSS Statistics 20.

4. TULEMUSED

4.1. Uuringus osalenud patsiendid

Uuringus osales 107-st patsiendist 51, kes vastasid tingimustele ning tagastasid ka täidetud küsimustikud. Meessoost patsiente osales uuringus 23, kelle keskmiseks vanuseks oli 34,8 aastat (18-56) ja naispatsiente 28, kelle keskmiseks vanuseks oli 42,0 aastat (23-63).

Kontrollgrupis osales 51 isikut, kellest mehi oli 23 ja naisi 28. Meessoost isikute keskmiseks vanuseks oli 35,1 (18-60), mis on veidi, kuid statistiliselt mitteoluliselt kõrgem meessoost patsientide keskmisest vanusest. Naissoost isikute keskmiseks vanuseks oli 42,2 aastat (24-64), mis on samuti statistiliselt mitteoluliselt kõrgem kui patsientide keskmine vanus.

Meespatsientide keskmiseks depressiooniepisoodide arvuks oli 12,7 ja hospitaliseerimiste arvuks keskmiselt 3,7. Naissoost patsientidel vastavalt 9,0 ja 5,8.

Suitsidaalsus avaldus 44 (86,3%) patsiendil: madal – 4 patsienti; mõõdukas – 10 patsienti; kõrge – 30 patsienti. Käesolevalt oli depressiooniepisood 51 patsiendil. Lisaks depressioonile oli 17 patsiendil (33,3%) 1 ärevushäire ja 24 patsiendil (47%) üle 1 ärevushäire (2-4). Ülejäänud kaasuvad diagnoosid on ära toodud Lisas 1.

4.2. EEK-2

Patsiendid hindasid oma enesetunnet üldiselt kõikidel EEK-2 alaskaaladel kõrgemaks kui kontrollgrupp. Kirjeldavad statistikud näitavad, et patsientidel on nii depressiivsus, ärevus, agorafobia-paanika, sotsiaälärevus, asteenia kui ka unetus kõrgem kui kontrollgrupil (Tabel 1).

Tabel 1. EEK 2 alaskaalade võrdlus ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikute

EEK 2 alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Depressioon	Patsiendid	51	22,20	7,340		
	Kontrollgrupp	51	5,88	3,445		
	ANOVA				206,444	,000
	Mann-Whitney					,000
Ärevus	Patsiendid	51	15,08	4,919		
	Kontrollgrupp	51	5,37	2,856		
	ANOVA				148,504	,000
	Mann-Whitney					,000
Agorafoobia-paanika	Patsiendid	51	6,71	5,529		
	Kontrollgrupp	51	,33	1,013		
	ANOVA				65,544	,000
	Mann-Whitney					
Sotsiaalärevus	Patsiendid	51	3,16	2,873		
	Kontrollgrupp	51	1,02	1,334		
	ANOVA				23,216	,000
	Mann-Whitney					,000
Asteenial	Patsiendid	51	11,63	3,334		
	Kontrollgrupp	51	4,61	2,750		
	ANOVA				134,529	,000
	Mann-Whitney					,000
Unetus	Patsiendid	51	8,33	3,485		
	Kontrollgrupp	51	2,80	2,600		
	ANOVA				82,470	,000
	Mann-Whitney					,000

Märkus: Siin ja edaspidi *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

Gruppide keskmiste vaheliste erinevuste kontrollimine ANOVA-ga ja mediaanide vaheliste erinevuste kontrollimine Mann-Whitney testiga näitas, et EEK-2 tulemuste järgi on patsientidel kõrgem depresiivsus, ärevus, agorafobia-paanika, sotsiaalärevus, astenia ja unetus, võrreldes kontrollgrupiga (Tabel 1).

4.3. Tähelepanu skaala

Tähelepanu skaala jagunes kolmeks alaskaalaks. Kirjeldavate statistikute väärtuste kohaselt on patsientidel kõrgemad tulemused Tähelepanu sisetakistuste alaskaalal võrreldes kontrollgrupiga. Tähelepanu välistakistuste alaskaalal olid tulemused üsna ligilähedased. Küll

aga on Tähelepanu kontrolli alaskaala tulemustest näha, et patsientidel on tähelepanu kontroll madalam kui kontrollgrupil (Tabel 2).

Tabel 2. Tähelepanu alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega

Tähelepanu alaskaalad		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Tähelepanu sisetakistused	Patsiendid	51	12,75	4,651		
	Kontrollgrupp	51	6,45	3,402		
	ANOVA				60,844	,000
	Mann-Whitney					,000
Tähelepanu välistakistused	Patsiendid	51	13,12	3,845		
	Kontrollgrupp	51	11,69	3,586		
	ANOVA				3,780	,055
	Mann-Whitney					,025
Tähelepanu kontroll	Patsiendid	51	8,65	3,610		
	Kontrollgrupp	51	12,88	2,710		
	ANOVA				44,891	,000
	Mann-Whitney					,000

Gruppide keskmiste vaheliste erinevuste kontrollimine ANOVA ja mediaanide vaheliste erinevuste kontrollimine Mann-Whitney testiga näitas, et kahe grupi vahel on statistiliselt olulised erinevused, seda vähemalt Tähelepanu sisetakistuste ja Tähelepanu kontrolli alaskaaladel (Tabel 2).

4.4. Kontrolli skaala

Kirjeldavate statistikute väärtuste kohaselt on väline kontrollkese patsientidel kõrgem kui kontrollgrupil, samas on Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaalal patsientidel madalam keskmine tulemus võrreldes kontrollgrupiga (Tabel 3).

Tabel 3. Kontrolli alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega

Kontrolli alaskaalad		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Väline kontrollkese	Patsiendid	51	10,35	4,503		
	Kontrollgrupp	51	6,22	4,323		
	ANOVA				22,403	,000
	Mann-Whitney					,000
Planeerimise tüüpi kontroll	Patsiendid	51	14,61	3,894		
	Kontrollgrupp	51	16,88	2,840		
	ANOVA				11,358	,001
	Mann-Whitney					,003

Kontrolli alaskaalade keskmiste gruppidevaheliste erinevuste võrdlemise tulemused ANOVA ja mediaanide vaheliste erinevuste kontrollimine Mann-Whitney testiga on toodud Tabelis 3, kust on näha, et mõlema alaskaala tulemused on grupiti oluliselt erinevad.

4.5. Impulsiivsuse küsimustik

Impulsiivsuse alaskaalasid oli kokku 6, millest kahes (Positiivne ja Negatiivne kärsitus) oli patsientidel kõrgem keskmine tulemus võrreldes kontrollgrupiga. Seevastu ilmnesisid kontrollgrupis kõrgemad keskmised tulemused Ettekavatsetuse, Rothi elamustejanu ja Püsivuse alaskaalal. Elamustejanu UPPS alaskaalal oli samuti kontrollgrupil kõrgem keskmine tulemus kui patsientidel, kuid keskmiste erinevus ei olnud statistiliselt oluline (Tabel 4).

Tabel 4. Impulsiivsuse alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikute

Impulsiivsuse alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Positiivne kärsitus	Patsiendid	51	6,86	4,341		
	Kontrollgrupp	51	4,78	2,887		
	ANOVA				8,108	,005
	Mann-Whitney					,011
Ettekavatsetus	Patsiendid	51	9,27	3,790		
	Kontrollgrupp	51	10,76	2,558		
	ANOVA				5,417	,022
	Mann-Whitney					,037
Elamustejanu (UPPS)	Patsiendid	51	6,80	3,280		
	Kontrollgrupp	51	7,86	3,726		
	ANOVA				2,320	,131
	Mann-Whitney					,087
Elamustejanu (Roth)	Patsiendid	51	8,33	2,783		
	Kontrollgrupp	51	10,63	2,561		
	ANOVA				18,763	,000
	Mann-Whitney					,000
Püsivus	Patsiendid	51	9,29	3,408		
	Kontrollgrupp	51	11,73	2,554		
	ANOVA				16,625	,000
	Mann-Whitney					,000
Negatiivne kärsitus	Patsiendid	51	9,12	3,691		
	Kontrollgrupp	51	7,47	2,626		
	ANOVA				6,742	,011
	Mann-Whitney					,008

Impulsiivsuse alaskaalade keskmiste võrdlemine ANOVA ja mediaanide vaheliste erinevuste kontrollimine Mann-Whitney testiga näitab, et enamuse alaskaalade keskmised on gruppide lõikes statistiliselt oluliselt erinevad (Tabel 4). Vaid Elamustejanu UPPS alaskaala puhul oluline erinevus puudub (Tabel 4).

4.6. EPIP-NEO

Isiksuseomaduste poolest võrreldi patsientide ja kontrollgrupi mehi ja naisi omavahel. Isiksuseomaduste põhiskaalade tulemused korreleeriti EEK 2, Tähelepanu, Kontrolli ja Impulsiivsuse alaskaalade tulemustega. Naissoost patsientide puhul ilmnis tugev positiivne seos neurootilisuse ja depressiooni ning neurootilisuse ja ärevuse vahel. Ühtlasi esinesid tugevad seosed ekstravertsuse ja erinevate alaskaalade vahel (Tabel 5).

Tabel 5. Naissoost patsientide tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

Alaskaalad	Isiksuseomadus				
	N	E	O	A	C
Depressioon	,667**	-,214	,387	-,186	-,304
Ärevus	,759**	-,224	,060	-,120	-,113
Agorafoobia-paanika	,535**	-,392*	-,194	-,244	,080
Sotsiaalärevus	,470*	-,549**	-,174	-,231	-,013
Asteenial	,493*	-,451*	,193	-,167	-,115
Unetus	,160	-,267	-,152	,054	,124
Tähelepanu sisetakistused	,590**	-,586**	,029	-,090	-,497**
Tähelepanu välistakistused	,404*	-,607**	-,174	-,173	-,159
Tähelepanu kontroll	-,138	-,067	-,463*	-,089	,369
Väline kontrollkese	,542**	-,564**	-,235	-,413*	-,273
Planeerimise tüüpi kontroll	-,166	,101	-,434*	-,152	,391*
Positiivne kärsitus	,474*	,240	,272	-,317	-,450*
Ettekavatsetus	-,373	,121	,074	-,038	,147
Elamustejanu (UPPS)	,167	,549**	,272	-,147	-,302
Elamustejanu (Roth)	,083	,587**	,432*	-,082	-,469*
Püsivus	-,241	-,024	-,096	,267	,666**
Negatiivne kärsitus	,357	,229	,311	-,342	-,562**

Märkus: Siin ja edaspidi: ** Seos on oluline tasandil $p < 0,01$; * Seos on oluline tasandil $p < 0,05$;
 N – neurootilisus; E – ekstravertsus; O – avatus; A – sotsiaalsus; C – meelekindlus

Kontrollgrupi naissoost isikute tulemuste seas esines kõige enam statistiliselt olulisi seoseid isiksuseomaduste Neurootilisus ja Meelekindluse ning teiste alaskaalade vahel. Võrreldes patsientidega esineb kontrollgrupil väga tugev negatiivne seos Neurootilisuse ja Tähelepanu kontrolli vahel, samas patsientidel ei ole samade alaskaalade vahel statistiliselt olulist seost. Veelgi enam, kontrollgrupil on väga tugev positiivne seos ka Neurootilisuse ja negatiivse kärsituse vahel, mis patsientidel puudub (Tabel 6).

Tabel 6. Naissoost kontrollgrupi liikmete tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

Alaskaalad	Isiksuseomadus				
	N	E	O	A	C
Depressioon	,484**	-,376*	-,044	,293	-,336
Ärevus	,579**	-,346	-,142	-,069	-,432*
Agorafoobia-paanika	,228	-,501**	-,342	,204	-,572**
Sotsiaälärevus	,324	-,372	-,058	,325	-,295
Asteenial	,627**	-,273	-,180	,095	-,398*
Unetus	,299	-,110	-,042	,020	-,298
Tähelepanu sisetakistused	,783**	-,223	-,348	-,048	-,591**
Tähelepanu välistakistused	,475*	,279	,090	-,104	-,075
Tähelepanu kontroll	-,729**	,260	,291	,149	,593**
Väline kontrollkese	,409*	-,051	-,340	,074	-,312
Planeerimise tüüpi kontroll	,144	,026	,027	,109	,160
Positiivne kärsitus	,520**	-,131	-,111	,092	-,428*
Ettekavatsetus	-,314	-,175	,033	-,107	,392*
Elamustejanu (UPPS)	-,232	,131	,176	,136	,105
Elamustejanu (Roth)	-,301	,491**	,387*	,097	,304
Püsivus	-,119	,261	,181	,251	,709**
Negatiivne kärsitus	,582**	-,106	-,133	,168	-,472*

Meessoost patsientide puhul esines enam tugevaid statistiliselt olulisi seoseid Neurootilisuse, Ekstravertsuse ja Meelekindluse ning teiste alaskaalade vahel. Sealjuures on väga tugev positiivne seos Neurootilisuse ja Sotsiaälärevuse vahel ning väga tugev negatiivne seos Meelekindluse ja Sotsiaälärevuse vahel (Tabel 7).

Tabel 7. Meessoost patsientide tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

Alaskaalad	Isiksuseomadus				
	N	E	O	A	C
Depressioon	,686**	-,345	,040	-,032	-,300
Ärevus	,631**	-,232	-,172	-,108	-,210
Agorafoobia-paanika	,623**	-,470*	-,138	-,037	-,389
Sotsiaälärevus	,723**	-,585**	,218	-,130	-,704**
Asteenial	,508*	-,425*	,004	,109	-,104
Unetus	,336	-,175	-,030	-,071	-,007
Tähelepanu sisetakistused	,665**	-,489*	,170	,010	-,469*
Tähelepanu välistakistused	,389	-,587**	-,148	-,020	-,243
Tähelepanu kontroll	-,538**	,441*	-,230	,292	,562**
Väline kontrollkese	,310	,059	-,144	-,308	-,075
Planeerimise tüüpi kontroll	-,478*	,359	,164	,166	,521*
Positiivne kärsitus	,531**	,054	-,050	-,220	-,493*
Ettekavatsetus	-,497	-,086	,030	,483*	,634**
Elamustejanu (UPPS)	-,289	,747**	-,131	,116	,340
Elamustejanu (Roth)	-,353	,821**	,055	-,033	,283
Püsivus	-,619**	,585**	-,300	,368	,800**
Negatiivne kärsitus	,438*	,197	,013	-,430*	-,599**

Võrreldes patsientidega ei esinenud meeste kontrollgrupis nii palju tugevaid statistiliselt olulisi seoseid. Märkimist väärivad väga tugevad positiivsed seosed Neurootilisuse ja Negatiivse kärsituse ning Meelekindluse ja Püsivuse vahel. Kui patsientidel (Tabel 7) oli väga tugev seos Ekstravertsuse ja Elamustejanu (UPPS ja Roth) vahel, siis kontrollgrupis puudub nimetatud alaskaalade vahel oluline seos (Tabel 8).

Tabel 8. Meessoost kontrollgrupi liikmete tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

Alaskaalad	Isiksuseomadus				
	N	E	O	A	C
Depressioon	,370	-,470*	,085	,069	-,331
Ärevus	-,056	-,224	-,198	-,382	,010
Agorafoobia-paanika	,108	-,298	,160	,207	-,105
Sotsiaälärevus	,421*	-,243	-,035	-,003	-,204
Asteenial	-,055	-,222	-,205	-,262	-,459*
Unetus	,313	-,387	-,576**	-,278	-,529**
Tähelepanu sisetaktistused	,395	-,260	-,366	-,042	-,461*
Tähelepanu välistaktistused	,250	-,423*	,054	,247	-,038
Tähelepanu kontroll	-,282	,364	,309	,183	,340
Väline kontrollkese	,404	-,427*	-,479*	,098	-,415*
Planeerimise tüüpi kontroll	-,126	-,016	-,042	,380	,446*
Positiivne kärsitus	,220	-,067	-,034	-,405	-,053
Ettekavatsetus	-,143	-,350	,189	,185	,261
Elamustejanu (UPPS)	,276	-,037	-,015	-,063	-,147
Elamustejanu (Roth)	-,066	,245	,270	,189	-,073
Püsivus	-,358	,417*	,369	,150	,710**
Negatiivne kärsitus	,620**	-,176	-,033	,175	-,401

Patsientide ja kontrollgrupi EPIP-NEO tulemuste sooline võrdlus tehti ANOVA ja Mann-Whitney-ga, mis näitas statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust Neurootilisuse, Ekstravertsuse ja Meelekindluse alaskaaladel nii meestel kui naistel. Ainult naistel avaldusid erinevused Avatuse osas. Sotsiaalsuse puhul erinevused puudusid nii naiste kui meeste vahel (Tabel 9).

Tabel 9. Patsientide ja kontrollgrupi isikuseomaduste võrdlus sugude kaupa

Isikuseomadus	Naised			Mehed		
	F	p	Mann-Whitney	F	p	Mann-Whitney
N	55,270	,000	,000	33,024	,000	,000
E	23,188	,000	,000	11,110	,002	,005
O	13,516	,001	,002	,296	,584	,733
A	2,516	,119	,161	,018	,893	,809
C	13,099	,001	,001	20,400	,000	,000

5. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesoleva uurimuse ülesandeks oli leida vastus küsimusele, kas tervetel ja depressiooni diagnoosiga patsientidel on erinevusi tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse enesehinnangutes. Uurimuses osalenud 51 depressiooni diagnoosiga patsiendi ja 51 terve inimese tulemusi võrreldi paariti võrdlemise meetodil soo ja vanuse põhjal. Tulemuste analüüsimisel ilmneseid olulised järeldused.

Esiteks, depressiooniga patsiendid said EEK-2 kõikidel alaskaaladel oluliselt kõrgemaid tulemusi kui kontrollgrupp, mis andis kinnitust ühele püstitatud hüpoteesile. Depressiivsetel inimestel on oluliselt rohkem probleeme unega. Ka varem on unetust peetud üheks depressiooni sümptomiks (Selvi *et al.*, 2010; Baglioni *et al.*, 2011) ja leitud, et unetuse all kannatavatel inimestel on mitu korda suurem risk haigestuda depressiooni (Baglioni *et al.*, 2011). See võib olla üheks seletuseks, miks terved inimesed EEK-2 unetuse alaskaalal patsientidest oluliselt vähem punkte said. Samuti on unetus seotud emotsioonide düsregulatsiooni ja seetõttu paljude erinevate psüühikahäiretega (Baglioni *et al.*, 2011). Depressiooniga patsientidel esineb ka rohkem sotsiaalärevust ja üldist ärevust võrreldes kontrollgrupiga, mis võib olla tingitud sellest, et depressioon on komorbiidne haigus. Teadaolevalt on depressioon paljudel juhtudel komorbiidne just ärevuse või sotsiaalärevusega (Bitsika & Sharpley, 2012; Almeida *et al.*, 2012), mis osaliselt võib ka käesoleva uurimuse tulemusi selgitada.

Teiseks, patsiendid ja kontrollgrupp erinesid teineteisest nii tähelepanu, kontrolli kui ka impulsiivsuse skaalade tulemuste poolest. Kahe grupi võrdlusena võib öelda, et depressiooni haigestunud erinesid oma enesekohastes hinnangutes oluliselt tervetest inimestest, mis kinnitab käesolevas uurimuses püstitatud hüpoteesi. Ka varem on leitud, et depressiivsed inimesed on impulsiivsemad (Peluso *et al.*, 2007) ja depressiivsetel ning ärevatel inimestel on madalam enese- ja tähelepanukontroll (Muris *et al.*, 2008), mis omakorda viib arvukamate impulsiivsemate otsuste ja käitumiseni. Kuigi impulsiivsusega kaasneb rohkem elusündmusi ja juhtumisi, on siiski leitud, et tavaliselt on neil sündmustel pigem väike võimalik oht patsiendi elule (Farmer *et al.*, 2001), mis tegelikult ei anna otseselt põhjust oletuseks, et impulsiivsed inimesed oleksid depressiivsemad. Üks põhjuseid, miks impulsiivse käitumisega

võib kaasneda depressioon, on kärsitus, mis toob kaasa kiireid impulsiivseid otsuseid. Impulsiivsed otsused pole aga kaalutletud ning võivad inimese elu negatiivses suunas muuta. Näiteks impulsiivsed ostud võivad omakorda viia ülemääraste võlgadeni, mis jällegi on täiendavaks stressi allikaks. Impulsiivsed inimesed kipuvad reageerima kiiresti ja mõtlematult ning sealjuures tegema elus valesid valikuid. Impulsiivsemad inimesed kipuvad kannatlikkuse ja püsivuse puudusel kiiremini loobuma oma seatud eesmärkidest, mis toob kaasa negatiivseid emotsioone. Impulsiivsuse erinevate mõõdetavate tahkude sekka kuuluvad nii püsivus kui ka ettekavatsetus, mis on aga tugevalt seotud nii tähelepanu kui kontrolliga. Kuna tähelepanu, kontroll ja impulsiivsus on seotud nii omavahel kui ka depressiooniga, oligi loogiline oodata erinevusi kontrollgrupi ja patsientide enesekohaste hinnangute vahel.

Kolmandaks leidis kinnitust ka kolmas hüpotees - ootuspäraselt erinesid depressiivsed patsiendid ja terved inimesed ka isiksuseomaduste poolest. Depressiivsed naised erinesid oluliselt tervetest oma isiksuseomaduste poolest. Nimelt on depressiivsed naised oluliselt neurootilisemad, seevastu aga terved naised on tunduvalt ekstravertsemad, meelekindlamad ja avatumad võrreldes patsientidega. Depressiooniga mehed erinevad isiksuseomaduste poolest oluliselt tervetest meestest. Depressiooniga mehed on samuti tervetega võrreldes neurootilisemad. Samas on terved mehed meelekindlamad ja ekstravertsemad. Meelekindluse tahkudeks on korralikkus, kohusetundlikkus, saavutusvajadus, enesedistsipliin ja ettevaatlikkus. Kontrollgrupi oluliselt kõrgem meelekindlus võib viidata sellele, et terved inimesed seavad endale eesmärgid ja püüavad neid täita. Samas on neil piisavalt kõrge enesedistsipliin ja kohusetundlikkus, mis võib neid eesmärgini ka viia. Sealjuures on nad pigem ettevaatlikumad ning võimalik, et sel põhjusel võtavad nad vähem riske, mis omakorda võib neid hoida negatiivsetest elusündmustest. Siiski on ka vastupidiseid tõendeid, mille kohaselt Meelekindlus on positiivselt seotud negatiivsete emotsioonide intensiivsusega (Karreman *et al.*, 2013), mis omakorda võib viia depressioonini. Üheks seletuseks võib siin olla liiga kõrgete eesmärkide seadmine ning liialt suured nõudmised iseendale, mis viivad negatiivsete emotsioonideni, kui peaks tekkima tagasilangus eesmärkide täitmisel või elus üldiselt. Meelekindlusel on oma roll depressioonis, kuid see võib sõltuda näiteks olemasolevatest Neurootilisuse ja ka Avatuse tasemetest. Patsiendid ja kontrollgrupp ei erinenud oluliselt sotsiaalsuse isiksuseomaduses, mis on mõneti huvitav tulemus, kuna teadaolevalt on Sotsiaalsus seotud depressiooniga. Karreman *et al.* (2013) leidsid, et kõrgema

sotsiaalsusega inimestel on vähem depressiooni sümptomeid, mis on seotud positiivsete emotsioonide kõrge intensiivsusega. Ilmselt on kõrgema sotsiaalsusega inimesed altimad otsima depressiooni korral enam sotsiaalset toetust kui madalama sotsiaalsusega inimesed sarnastes olukordades. Isiksuseomadused mängivad olulist rolli depressiooni diagnoosimisel. Nimelt võivad sarnaste depressiooni sümptomitega inimesed erineda esitatud kaebuste osas, kuna näiteks ekstravertsemad inimesed annavad oma sümptomitest suurema tõenäosusega teada (Karreman *et al.*, 2013).

Käesoleva uurimuse tulemustest väärib veel märkimist suitsidaalsuse kõrge esinemine patsientidel – rohkem kui 85% neist esines suitsidaalsust. Teadaolevalt on depressioon väga tugevalt seotud suitsiidmõtete ja -katsetega (Corruble *et al.*, 2003) ja teiste psüühikahäirete, näiteks agorafobia-paanika (Brown *et al.*, 2010; Davidson *et al.*, 2011) ja PTSD (Cougle *et al.*, 2009) koosinemine depressiooniga kõrgendab suitsidaalse käitumise riski veelgi. Depressiooniga kaasneva suitsidaalsusega on seotud ka madal unekvaliteet (Selvi *et al.*, 2010) ja kõrge impulsiivsus (Dumais *et al.*, 2005; Ortin *et al.*, 2012). Ka käesolevas uuringus on tõendeid, et depressiivsetel on raskusi unega ja neil on kõrgem impulsiivsus võrreldes tervetega. Ühtlasi tuleb ka silmas pidada, et suur osa depressiooni juhtumitest olid komorbiidsed paanikahäire, sotsiaal- ja agorafobia, PTSD ja generaliseerinud ärevushäirega, mis raskendavad nii depressiooni kui ka tõstavad suitsidaalsuse riski.

Käesoleva uurimuse tulemuste põhjal ei ole võimalik teha kaugeleulatuvaid järeldusi. Esiteks seetõttu, et depressiooni diagnoosiga patsientide seas esines ka M.I.N.I. järgi maniat ja hüpomaniat. Siinkohal võib olla tegemist M.I.N.I. jäikuse ja rangusega, mistõttu võis intervjuudest välja tulla, et mingil osal patsientidest oli peale depressiooni ka mania ja hüpomania sümptomeid. Patsientide tähelepanu on langenud võrreldes terve inimesega (Launtenbacher *et al.*, 2002; Muris *et al.*, 2008), ning seetõttu võisid teatud küsimused tekitada segadust. Patsientides tekkinud segadust pole aga alati võimalik selgitamisega ära kaotada. Tingituna M.I.N.I. rangusest on ainus võimalus esitatud küsimust uuesti korrata, see aga ei pruugi kaotada tekkinud segadust. Siiski, tuleb välja, et depressioon kui diagnoos on võimalik ka 2-3 mania või hüpomania sümptomiga (Azorin *et al.*, 2012). Azorin *et al.* (2012) uurisid depressiivseid patsiente ja neist nn puhtaid depressioone oli 34% ning samas 23,8%

olid vähemalt kolme hüpomania sümptomiga. Intervjuusid läbi viies ei täheldanud autor, et üksi patsient oleks maniakaalses või hüpomaniakaalses seisundis.

Teiseks oleks valim võinud olla mitmekesisem just vanuse aspektist. Kõik täiskasvanuea vanusegrupid olid põhimõtteliselt küll esindatud, kuid see esindatus oleks võinud olla märksa arvukam. Kolmandaks, uurimuses esinesid mitmed tõrked, millega edaspidi peaks arvestama ning neid võimalusel vältima. Uurimuseks välja valitud depressiooni diagnoosiga patsiente oli tegelikult tunduvalt rohkem kui neid, keda intervjueriti. Uuringusse valitute seas oli neid patsiente, kes uuringus osaleda ei soovinud ja samas oli ka neid, kelle juurde uurimusega ei jõutud, kuna nad said enne haiglast välja. Sealjuures oli ka patsiente, kellega küll viidi intervjuu läbi, kuid teadmata põhjusel ei tagastanud nad täidetud ankeete. Edaspidi tuleks olla hoolikam ja rohkem jälgida küsimustike tagastamise protsessi, millest käesolevas uuringus jäi vajaka. Üks võimalus probleemi lahendamiseks on kaasata rohkem uurijaid, mis tagaks efektiivsema ülevaate. Kindlasti tuleb kaaluda ka hälvitatud andmekogumise võimalust, sest uuringus osaleda soovisid just nii-öelda aktiivsemad patsiendid ja teised mitte, mis võib meid viia mõnevõrra ühekülgsete tulemusteni patsientide osas. Samas kompenseerib andmete hälvitatuse riski mõnevõrra asjaolu, et uuringus osales nii kerge, mõõduka kui ka raske depressiooniga patsiente.

Lõpetuseks võib öelda, et käesolevas uuringus leiti oodatav vastus uurimisküsimusele ning püstitatud põhiline hüpotees leidis kinnitust. Uurimuse tulemuste abil leiti tõendeid, et depressiooni diagnoosiga patsiendid erinevad tervetest hinnangute osas oma emotsionaalsele enesetundele, tähelepanu, kontrolli ja impulsiivsuse enesekohastes hinnangutes ning isiksuse omaduste suhtes. Edasine uurimine arvukama valimiga on vajalik põhjapanevamate tulemuste leidmiseks ja seniste leidude kinnitamiseks.

KIRJANDUSE LOETELU

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30, 217-237.
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L., Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24 (10), 1622-1632.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Anestis, M. D., Joiner, T. E. (2010). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, 261-269.
- Azorin, J.-M., Kaladjian, A., Adida, M., Fakra, E., Belzeaux, R., Hantouche, E., Lancrenon, S. (2012). Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study. *Journal of Affective Disorders*, 143, 109-117.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
- Bitsika, V., Sharpley, C. (2012). Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: implications for student counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40 (4), 385-394.
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., Miller, I. W. (2010). The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression. *Depression and Anxiety*, 27, 310-315.
- Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 27, 829-833.
- Cogle, J. R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G. (2009). PTSD, Depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of an national probability sample of women. *Depression and Anxiety*, 26, 1151-1157.
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828.

- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment, 19*(1), 107-118.
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30* (8), 842-855.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 225-236.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., Turecki, G. (2005). Risk factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of impulsive and Agressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry 162*, 2116-2124.
- Dunn, B. D. (2012). Helping Depressed Clients Reconnect to Positive Emotion Experience: Current Insights and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 326-340.
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S., McGuffin, P. (2013). Sensation-seeking, life events and depression: The cardiff Depression Study. *The British Journal of Psychiatry, 178*, 549-552.
- Goodwin, R. D., Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research, 126*, 135-142.
- Granö, N., Keltikangas-Järvinen, L., Kouvonen, A., Virtanen, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2007). Impulsivity and a predictor of newly diagnosed depression. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*, 173-179.
- Hammelstein, P., & Roth, M. (2010). Testing the validity of the Need Inventory (NISS) within a clinical context: The role of pathological gambling. *Journal of Research in Personality, 44*, 661-664.
- Handley, T. E., Inder, K. J., Kay-Lambkin, F. J., Stain, H. J., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., Attia, J. R., Kelly, B. J. (2012). Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BioMed Central Psychiatry, 12* (105).
- Karreman, A., Assen, M. A. L. M., Bekker, M. H. J. (2012). Intensity of positive and negative emotions: Explaining the association between personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 54*, 214-220.
- Kovacs, M., Joormann, J., Gotlib, I. H. (2008). Emotion (Dys)regulation and Links to Depressive Disorders. *Child Development Perspectives, 2* (3), 149-155.
- Lautenbacher, S., Sernal, J., Krieg, J.-C. (2002). Divided and selective attention in panic disorder: A comparative study of patients with panic disorder, major depression and healthy controls. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*, 210-213.

Lee, S. A., Guajardo, N. R. (2011). Affect intensity and alexithymia differentially influence the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students. *Personality and Individual Differences*, 50, 646-650.

LeMoult, J., Joormann, J. (2012). Attention and Memory Biases in Social Anxiety Disorder: the Role of Comorbid Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 47-57.

Luuk, A. (2013). Enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute skaala loomisest ja kasutamisest. Käsikiri.

Muris, P., Pennen, E. van der, Sigmond, R., Mayer, B. (2008). Symptoms of Anxiety, Depression, and Aggression in Non-clinical Children: Relationships with Self-Report and Performance-based Measures of Attention and Effortful Control. *Child Psychiatry & Human Development*, 39, 455-467.

Mõttus, R., Pullmann, H., Allik, J. (2006). Toward more readable Big Five Personality Inventories. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 149-157.

Ohayon, M. M., Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 235-243.

Ólafsson, R. P., Smári, J., Guðmundsdóttir, F., Ólafsdóttir, G., Hardardóttir, H. L., & Einarsson, S. M. (2011). Self reported attentional control with the Attentional Control Scale: Factor structure and relationship with symptoms of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 777-782.

Ortin, A., Lake, A. M., Kleinman, M., Gould, M. S. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 143, 214-222.

Peluso, M. A. M., Hatch, J. P., Glahn, D. C., Monkul, E. S., Sanches, M., Najt, P., Bowden, C. L., Barratt, E. S., Soares, J. C. (2007). Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 100, 227-231.

Reinholdt-Dunne, M. L., Mogg, K., Bradley, B. P. (2013). Attention control: Relationships between self-report and behavioural measures, and symptoms of anxiety and depression. *Cognition & Emotion*, 27 (3), 430-440.

Robinson, J. E., Shankman, S. A., McFarland, B. R. (2009). Independent associations between personality traits and clinical characteristics of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(7), 476-483.

Roth, M. (2009). Social support as a mediator in the relation between sensation seeking (need for stimulation) and psychological adjustment in older adults. *Personality and Individual Differences*, 47, 798-801.

- Roth, M., Hammelstein, P., & Brähler, E. (2007). Beyond a youthful behavior style – Age and sex differences in sensation seeking based on need theory. *Personality and Individual Differences*, 43, 1839-1850.
- Roth, M., Hammelstein, P., & Brähler, E. (2009). Towards a multi-methodological approach in the assessment of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 46, 247-249.
- Roth, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2005). Sensation seeking in the community: Sex, age and sociodemographic comparisons on a representative German population sample. *Personality and Individual Differences*, 39, 1261-1271.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., Atli, A., Agargun, M. Y., Besiroglu, L. (2010). Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27 (9-10), 1813-1828.
- Settles, R. E., Cyders, M. A., Gunn, R. L., Fischer, S., Combs, J. L., Smith, G. T. (2012). Negative Urgency: A Personality Predictor of Externalizing Behavior Characterized by Neuroticism, Low Conscientiousness, and Disagreeableness. *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (1), 160-172.
- Sheenan, D. V., Lecrubier, Y., Sheenan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, (supplement 20), 22-33.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Oppen, van P., Zitman, F. G., Penninx, B. W. J. H. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 462-473.
- Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A. T. (2011). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 136, 1121-1125.
- Verwoerd, J., de Jong, P. J., & Wessel, I. (2008). Low attentional control and the development of intrusive memories following a laboratory stressor. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 291-297.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. M., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.

WHO. World Health Organisation. 2012. Depression.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html> (05.05.13)

Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., Maaroos, H.-I. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice*, 23, 693-698.

TÄNUAVALDUS

Käesoleva seminaritöö autor avaldab tänu Urve Meritam-ile, Sirli Sossile ja Anna Tkatšukile väga olulise abi eest kontrollgrupi liikmete värbamisel ja testimisel.

LISA 1*Patsientide kaasuvad diagnoosid*

Kaasuvad diagnoosid	Patsiendid			
	Naised	Mehed	Kokku	%
Depressiooniepisood (käesolev)	28	23	51	100
Depressiooniepisood (minevikus)	13	9	22	43,1
Depressioon melanhoolia sümptomitega (käesolev)	25	20	45	88,2
Suitsidaalsus (käesolevalt)	22	22	44	86,3
Hüpomania (käesolev)	1	0	1	1,9
Hüpomania (minevikus)	4	3	7	13,7
Mania (käesolev)	2	2	4	7,8
Mania (minevikus)	1	4	5	9,8
Paanikahäire (käesolev)	8	5	13	25,5
Paanikahäire (elu jooksul)	12	6	18	35,3
Agorafoobia (käesolev)	8	6	14	27,5
Sotsiaalfobia (käesolev)	7	5	12	23,5
Obsessiivne-kompulsiivne häire (käesolev)	9	5	14	27,5
Posttraumaatiline stresshäire	6	7	13	25,5
Alkoholsõltuvus (käesolev)	5	16	21	41,2
Alkoholi kuritarvitamine (käesolev)	1	2	3	5,9
Uimastisõltuvus (käesolev)	0	1	1	1,9
Uimastite kuritarvitamine (käesolev)	1	3	4	7,8
Psühhootilised häired (käesolev)	0	0	0	0
Psühhootilised häired (elu jooksul)	2	2	4	7,8
Anorexia nervosa (käesolev)	0	0	0	0
Bulimia nervosa (käesolev)	0	0	0	0
Generaliseerunud ärevushäire (käesolev)	13	14	27	52,9

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

/Kätlin Padesaar/